

MÉXICO

Dra. Sofía Charvel

# I. FRENTE AL DERECHO A LA SALUD

# I. EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

UNIDAD  
NORMATIVA

Art. 1°  
Constitucional

Art. 4°  
Constitucional

Art. 12° PIDESC

Observación  
General 14°

Artículo 10 del  
Protocolo Adicional  
de la Convención  
Interamericana

Tribunales

Principalmente tribunales colegiados han establecido que:

- El derecho a la salud es un derecho que debe garantizarse para asegurar a las personas un mínimo vital de supervivencia.
- El Estado debe procurar lo necesario para no disminuir la calidad de vida. No debe de considerar solamente criterios presupuestales.

Dichas resoluciones entran en contradicción con las de la SCJN.

# I. EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

- El derecho a la protección de la salud incluye todo lo que el Estado pueda realizar para garantizar el más alto nivel de salud física y mental. En la práctica no se satisface de la manera esperada.
- La definición anterior da fundamento jurídico a las pretensiones de los demandantes, y es sustento de los jueces para fallar de determinada manera.
- Los tribunales consideran la definición anterior como punto de partida.
- La SCJN es inconsistente en la interpretación de la definición del derecho a la protección de la salud.

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL DERECHO A LA SALUD

Art. 4°  
Constitucional

“*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en términos de lo establecido por la LGS.*”

Todas las personas pueden acceder a

Un prestador de servicios público  
*Dependiendo el prestador, es la cobertura,*

LGS establece un “mínimo”:

### Servicios básicos de salud

- Educación para la salud
- Prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Atención Médica Integral
- Entre otros...

### Actividades de atención médica

- Preventivas
- Curativas
- Rehabilitación
- Paliativas

Un Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos para el Sector Salud

### 3. UNIVERSALIDAD DE ACCESO Y COBERTURA

Art. 4°  
Constitucional

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en términos de lo establecido por la LGS.”

Servicios de  
salud  
Art. 26 LGS

Criterios de:

- Distribución de universos de usuarios;
- Regionalización;
- Escalonamiento de los servicios; y
- **Universalización de cobertura.**

Artículo 35° de la LGS

“Solo los servicios públicos a la población en general tienen el mandato directo de regirse por los criterios de universalidad y gratuidad.”

### III. LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD

## 6. CARACTERIZACIÓN DE LA JUDICIALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

*Se observan diferentes tipos de judicialización*

**Litigo  
estructural**

Negligencia  
médica

Calidad de la  
atención

Acceso

- No existen estudios que caractericen el fenómeno de la judicialización en México.

Judicialización en PJ local y federal  
(poca a moderada)  
“Minimuna” y otros.

**Reforma Constitucional  
de 2011**

Judicialización en PJ local y federal  
(moderada y sostenida)  
“Soliris”, “Iner” y otros.

## 6. CARACTERIZACIÓN DE LA JUDICIALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

- De los casos que han llegado a la SCJN se observa la petición de: medicamentos o acciones que debe realizar el sistema de salud para garantizar el goce del derecho.

### Soliris

- Los demandantes pedían al SNS que se les proporcionara un medicamento que no se encuentra dentro del Catálogo o Cuadro Básico de Medicamentos.

### INER

- Los pacientes con VIH solicitaban la construcción de un pabellón específico dentro del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para tratar las enfermedades de los pacientes con VIH

- Se observa falta de consistencia judicial entre los tribunales y la SCJN de acuerdo con la forma en la que los casos sobre el derecho a la protección de la salud han sido analizados y decididos.
- No existe un marco de referencia para la resolución

## 7. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA JUDICIALIZACIÓN

- Son pocos los casos en relación a la judicialización del derecho a la protección de la salud a nivel federal, sería excesivo afirmar la existencia de un porcentaje específico en el impacto presupuestario.
- De los casos documentados se sabe:

### SOLIRIS

El soliris tiene un costo elevado, aproximadamente \$400, 000 dólares anuales por paciente, lo que puede tener importantes repercusiones en las finanzas del IMSS.

### INER

El INER asentó en escritos que el costo del proyecto ejecutivo propuesto ascendería a \$302,338,641.00 pesos. La SCJN brindó opciones de satisfacción de la sentencia menos costosas, pero que representan un costo considerable para el INER.

IV. TENSIÓN ENTRE LOS PRINCIPIOS  
NORMATIVOS DEL DERECHO A LA SALUD Y  
LAS LIMITACIONES TÉCNICAS Y DE RECURSOS

## LA TENSIÓN EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

- En el Poder Ejecutivo se observa que existen problemas para continuar con la consecución de diversas políticas, entre ellas, la universalización de coberturas y con ello un acceso inequitativo a la salud que genera disparidades frente a la progresividad del derecho a la salud en su conjunto.



V. POLÍTICAS Y ACCIONES PARA CUMPLIR EL  
DERECHO A LA SALUD Y PARA ASEGURAR LA  
UNIVERSALIDAD Y LA INTEGRALIDAD DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD

## “SEGURO POPULAR”

- Creación del Sistema de Protección Social en Salud o “seguro popular”.
- Aciertos: se ha cubierto a un sector de la población que no contaba con acceso a los servicios de salud públicos.
- Desaciertos: diferencia de coberturas entre los distintos integrantes del sistema de salud.



## REFORMA CONSTITUCIONAL Y NUEVA LEY DE AMPARO

### Reforma Constitucional

- Incorpora formalmente a los DH y a los TIDH al sistema jurídico mexicano.
- Principios de interpretación de los DH.

### Nueva Ley de Amparo

- Facilita el acceso al juicio de amparo.
- Fortalece las garantías de protección de los DH.

VI. SOLUCIONES PARA REDUCIR AL MÍNIMO LA  
TENSIÓN ENTRE LO DESEABLE Y LO POSIBLE SIN  
INCUMPLIR CON EL OBJETIVO DE LA REALIZACIÓN  
PROGRESIVA DEL DERECHO A LA SALUD

CONTAR CON PROCESOS MÁS CLAROS,  
TRANSPARENTES E INCLUYENTES DE INTEGRACIÓN  
DE LOS CUADROS DE MEDICAMENTOS,  
INTERVENCIONES Y ACCIONES.

- Procesos transparentes de priorización :

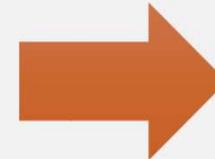
Claros y  
aceptables para  
la ciudadanía

Factibles para  
el presupuesto

Orientados a  
disminuir las  
inequidades



- Análisis de TODOS los procesos de inclusión.
- Integración de la ética y costos



PROGRESIVIDAD DEL  
DERECHO A LA  
PROTECCIÓN DE LA  
SALUD

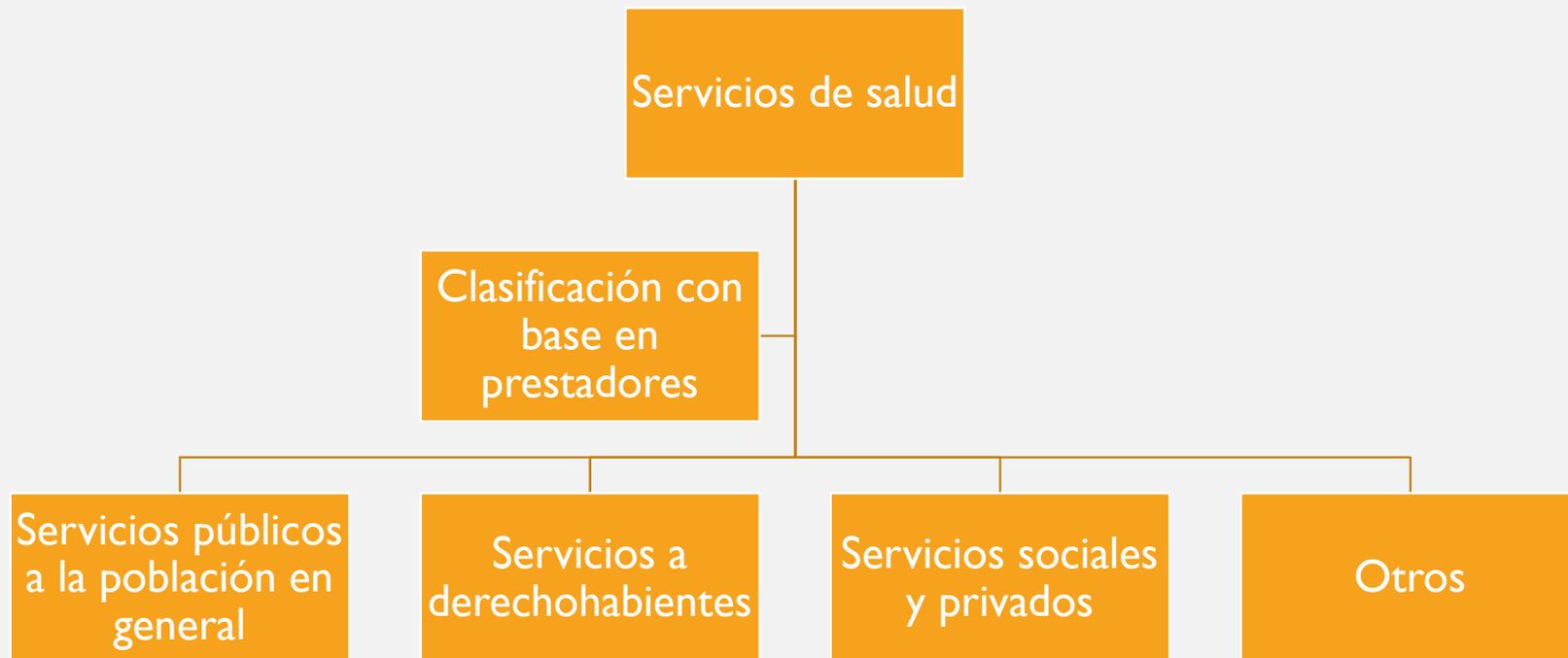
¡GRACIAS!

## II. FRENTE AL SISTEMA DE SALUD

Dr. Mauricio Hernández Ávila

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

- En México el acceso a los servicios de salud está determinado tanto por la situación laboral de las personas, como por la capacidad de pago de los ciudadanos.



## 4. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

- La siguiente tabla muestra algunos datos de la población afiliada a los principales proveedores de servicios de salud:

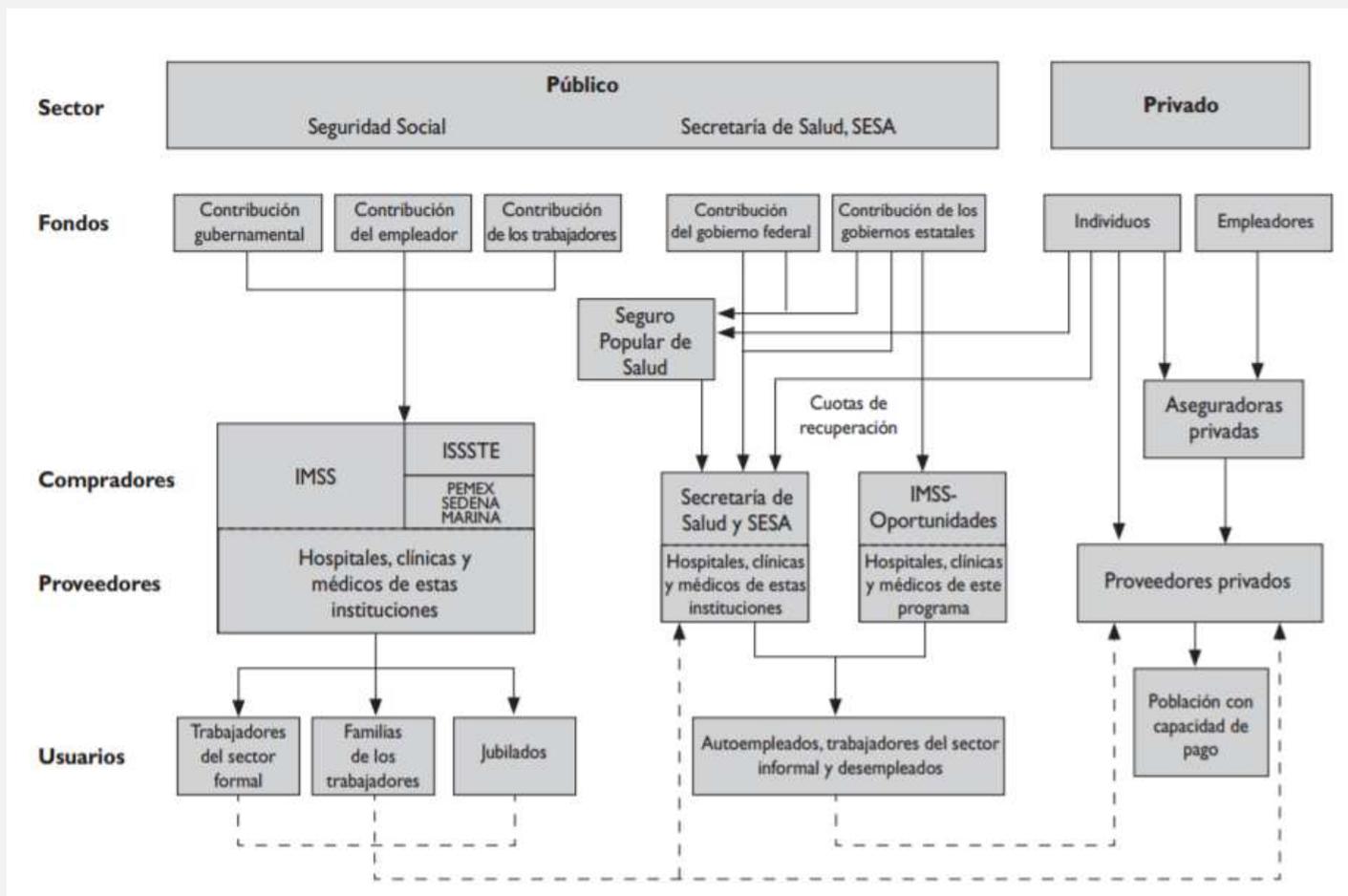
Condición de afiliación		Millones de Personas	
Con afiliación			91 540 602
	IMSS	40 000 144	
	ISSSTE	6 174 281	
	Seguro Popular	41 145 824	
	otra institución pública	3 372 089	
	Institución privada	848 264	
Sin afiliación			26 960 893
No especificado			61 917
Población total (México)			118 563 412

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

- 22.8% (28 millones) de los mexicanos refieren no tener cobertura por alguna institución de seguridad social o de salud.
- El 72.2% de la población que refiere tener cobertura pública recibe atención médica en diferentes instituciones federales y estatales, que se asignan por Ley a diferentes proveedores de servicios estatales o federales → sistema segmentado.

Condición de empleo	Prestador	Paquete de beneficios
Empleo formal en el sector privado.	IMSS	No es explícito.
Empleo formal en el sector público federal.	ISSSTE ISSFAM (fuerzas armadas y naval) PEMEX	No es explícito.
Trabajadores en el sector informal de la economía, auto-empleados, desempleados o cualquier otro que no tenga cobertura	Seguro Popular	CAUSES FPGC

# 5. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD



Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011;53 supl 2:S220-S232.

¡GRACIAS!